

Name der Einrichtung: _____ Wohnbereich: _____

Name, Vorname Bewohner*in: _____

Basis-/Standardtarif Härtefall/Befreiung	Geburtsdatum	Pflegegrad
Krankenkasse inkl. Kassenummer	Versichertennummer	

Es besteht eine (gesetzl.) Betreuung?	Ja	Nein
Es existiert eine Vorsorgevollmacht?	Ja	Nein
Bewohner*in ist selbst einwilligungsfähig in zahnärztliche Behandlung?	Ja	Nein

**Bitte Kopie
beifügen!**

Behandlungsinformationen, sowie nach Absprache Rechnungen und Kostenvoranschläge werden gesendet an:

Bewohner*in (ins Heim) abweichende*r Empfänger*in (Stand zu Pat.: _____)

Name, Vorname	Straße, Hausnummer
Telefon, E-Mail	PLZ, Ort

Kurzanamnese

Ich nehme Bisphosphonate (z.B. bei Osteoporose)	Ja	Nein	unbekannt
Ich nehme Blutverdünner (z.B. ASS, Marcumar, ...)	Ja	Nein	unbekannt
Ich habe einen Herzschrittmacher	Ja	Nein	unbekannt

Hinweis zum Patientenwahlrecht

Mir steht als gesetzlich versicherter Person ein Wahlrecht hinsichtlich des Hilfsmittel-Leistungserbringers im Rahmen der § 33 Abs. 6 SGB V, § 33 SGB I, GG Art. 2 Abs. 2 zu.
Hiermit bringe ich meinen Willen zum Ausdruck, die ärztliche verordnete Hilfsmittelversorgung im Rahmen der Therapie durch Homedent (eine Marke der pur:dental Münster MVZ GmbH; Leistungserbringer sind die Purdental MVZ GmbHs) durchführen zu lassen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in & ggf. Vertreter*in

! Bitte zweite Seite/Rückseite beachten und ausfüllen !

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Im Rahmen Ihrer Versorgung mit Hilfsmitteln durch die pur:dental Münster MVZ GmbH erheben, verarbeiten und nutzen wir die mit Ihrer Versorgung im Zusammenhang stehenden personenbezogenen Daten. Bei diesen Daten handelt es sich neben allgemeinen Informationen zu Ihrer Person insbesondere auch um Informationen über Ihre Gesundheit, die als „personenbezogene Daten besonderer Kategorien“ nach DSGVO Art. 9 Abs. 1 besonderem Schutz unterliegen. Im Zusammenhang mit Ihrer Versorgung übermitteln wir Ihre Daten ggf. auch an Ihre

Krankenversicherung, soweit diese die Daten für die Abrechnung mit Ihnen oder mit uns benötigt.

Wir, die pur:dental Münster MVZ GmbH, werden Ihre personenbezogenen Daten nur im Rahmen des vorstehend beschriebenen Umfangs und für die genannten Zwecke erheben, verarbeiten und nutzen und insbesondere, mit Ausnahme Ihrer Krankenversicherung und den vorstehend genannten Unternehmen, nicht an Dritte übermitteln.

Ich erkläre hiermit die Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten (einschließlich meiner im Rahmen der Versorgung erhobenen, gespeicherten oder genutzten Gesundheitsdaten) im vorstehend beschriebenen Umfang.

Diese Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen! Hierzu genügt eine Benachrichtigung an die pur:dental Münster MVZ GmbH (datenschutz-muenster@purdental.de).

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in & ggf. Vertreter*in

www.dentapool.com

Liebe Patientin, lieber Patient,

Name, Vorname, Anschrift des/der Versicherten, geboren am:

gerne möchten wir uns voll und ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Aus diesem Grund haben wir uns entschieden, die Abrechnung an einen kompetenten, externen Partner zu übertragen:

DentaPool
Martlbauerfeld 7
82065 Baierbrunn
Tel.: 089 - 780 688 48
Fax: 089 - 780 688 49
Email: info@dentapool.com

DentaPool ist um eine korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnung bemüht. Ebenfalls ist DentaPool für Sie ein wichtiger Ansprechpartner in allen Belangen Ihrer Rechnung. Bei Erstattungsfragen in Bezug auf Ihre Privat-, Zusatzversicherung wenden Sie sich vertrauensvoll an unseren Partner.

Telefonische Sprechzeiten:
Mo bis Fr: 09:00 - 13:00 Uhr
14:00 - 17:30 Uhr

Einverständniserklärung

Um die Abrechnung in Zusammenarbeit mit DentaPool durchführen zu können, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung der nebenstehenden Erklärungen. Ihre Daten werden von dem Unternehmen so behandelt, wie es die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) vorschreiben, und nicht unbefugt an Dritte weitergegeben. Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.



Abrechnungsservice
und Praxismanagement
für Zahnärzte

Schweigepflichtsentbindung

Ich entbinde meine Behandlerin/meinen Behandler bzw. die Praxis (siehe Praxisstempel) sowie DentaPool Abrechnungsservice und deren Mitarbeiter von seiner/ihrer gesetzlichen Schweigepflicht soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist. Mir ist bewusst, dass meine Zustimmung zu dieser Einverständniserklärung vollkommen freiwillig ist und mir im Falle einer Verweigerung keinerlei Nachteile drohen.

Die Zustimmung gilt auch für weitere Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder der Firma DentaPool zu erklären. Eine Ausfertigung dieser Erklärung habe ich erhalten.

Ort / Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter



Homedent
eine Marke der Purdental Münster MVZ GmbH
Praxisstempel Paul-Ehrlich-Str. 38 | 63322 Rödermark
T: 06071 73833-67 | F: 06071 3833-63
homedent.de | office@homedent.de

**Bitte zurücksenden an Homedent, Paul-Ehrlich-Str. 38, 63322 Rödermark oder
office@homedent.de / Fax: 060717383363**